

Busko-Zdrój, dn.

WNIOSEK

O PRZEPROWADZENIE BADAŃ

Ja niżej podpisana/y

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

w związku ze zgłoszeniem mojego dziecka do Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Busku-Zdroju **oświadczam, że w sprawie mojego dziecka:**

.....
(imię i nazwisko dziecka)

1. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2026/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, **wyrażam zgodę /nie wyrażam* zgody**, na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Busku-Zdroju, w celu niezbędnym do realizacji zadań statutowych Poradni.
2. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam*** zgody na kontakt za pomocą środków telekomunikacyjnych oraz poprzez komunikację elektroniczną.
3. **Oświadczam**, że przyjmuje do wiadomości, iż:
 - ✓ Administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Busku-Zdroju.
 - ✓ Dane osobowe będą przetwarzane tylko i wyłącznie w celu niezbędnym do uzyskania pomocy w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Busku-Zdroju.
 - ✓ Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa podania ich uniemożliwi skorzystanie z usług PPP w Busku-Zdroju.
 - ✓ Dane osobowe w formie papierowej będą przechowywane zgodnie z oznaczeniem kategorii archiwalnej przez 10 lat, po upływie tego czasu zostaną one zniszczone.
 - ✓ Można uzyskać dostęp do swoich danych osobowych, poprawiać je oraz zażądać zaprzestania ich przetwarzania, z tym, że wycofanie udzielonej zgody nie będzie miało wpływu, zgodnie z prawem, na przetwarzanie uprzednio pozyskanych danych.

Kontakt z osobą odpowiedzialną za nadzór nad przetwarzaniem danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Poradni.

* **niepotrzebne skreślić**

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem ujemnych skutków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

.....
(data)

.....
(podpis **matki/opiekuna** prawnego)

.....
(podpis **ojca/opiekuna** prawnego)

.....
(podpis **pełnoletniego ucznia**)

Oświadczam, iż:

1. Jestem jedynym prawnym opiekunem mojego dziecka **TAK / NIE****
2. Drugi rodzic/ opiekun prawny został poinformowany i zgadza się na badania, terapię dziecka zgłaszanego do Poradni **TAK / NIE****

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem ujemnych skutków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

.....
(data)

.....
(podpis **rodzica/opiekuna** prawnego)

****zaznaczyć właściwe**

Dane dziecka/ucznia:

.....
(imię i nazwisko badanego)

.....
(PESEL)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów)

.....
(adres zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów)

.....
(adres email)

.....
(numer telefonu **matki/opiekuna**)

.....
(numer telefonu **ojca/opiekuna**)

Placówka oświatowa

.....
(placówka oświatowa)

.....
(adres)

.....
(grupa/klasa)

Cel zgłoszenia do PPP w Busku-Zdroju:

.....
.....
.....
.....

.....
(podpis **matki/opiekuna** prawnego)

.....
(podpis **ojca/opiekuna** prawnego)

.....
(podpis **pełnoletniego ucznia**)

Czytelny podpis osoby przyjmującej Oświadczenie:.....